

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° 111

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M^{me} DOUSDEBÈS

DES

MÉTRORRAGIES VIRGINALES

REBELLES

AU TRAITEMENT MÉDICAL

Président : M. J.-L. FAURE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

11

114

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

311



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M^{me} DOUSDEBÈS

DES

MÉTRORRAGIES VIRGINALES

REBELLES

AU TRAITEMENT MÉDICAL

Président : M. J.-L. FAURE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur CHAUFFARD

M. le Docteur ARROU

M. le Docteur JOSUÉ

M. le Professeur BAR

M. le Professeur BRINDEAU

M. le Professeur agrégé LEQUEUX

M. le Docteur GUINON

M. le Professeur CARNOT

métrorragies des femmes en pleine activité génitale et enfin les métrorragies de la ménopause.

Comme nous avons surtout des observations se rapportant à ces deux dernières catégories, nous sommes allée dans le service de M. le Professeur Faure, où nous avons reçu le meilleur accueil, dans le but du recueillir quelques observations de métrorragies virginales. Nous tenons ici à remercier tout particulièrement M. le Dr Douay qui nous a vivement engagée à nous spécialiser davantage dans notre travail et à ne traiter que les métrorragies virginales ; il nous a donné deux belles observations de malades traitées par lui dans le service de M. le Professeur Faure ; la première a trait à un cas de métrorragie virginale type, sans aucune cause apparente. L'examen clinique le plus minutieux n'a pu révéler aucune maladie générale ni lésion locale pouvant expliquer ces métrorragies. Rien non plus n'était à signaler dans les antécédents. Nous verrons plus loin comment cette malade a été traitée.

Quant à la seconde observation, elle montre surtout l'utilité de ne pas employer d'emblée et pour ainsi dire à l'aveugle la méthode des irradiations, mais seulement après curettage et examen histologique ayant complété ou confirmé le diagnostic.

Nous remercions également M. le Dr M.-H. Cesbron qui a bien voulu nous remettre deux observations inédites de jeunes filles présentant des métrorragies et guéries par la radiumthérapie.

Alors que notre travail venait d'être achevé, nous avons eu communication de la thèse de Mme Ernst

Thivolet : les Métrorragies de l'adolescence de cause utérine, que nous avons lue avec beaucoup d'intérêt.

Bien que le sujet traité par nous soit en grande partie différent, nous sommes heureuse de voir que la ligne de direction que l'auteur préconise, avec le D^r Siredey, dans le traitement des métrorragies virginales, est celle que M. le Professeur Faure enseigne à ses élèves et nous a engagée à proposer dans cette thèse.

HISTORIQUE

L'histoire des métrorragies virginales se confond en partie avec celle des métrites virginales, car, pour les anciens auteurs, les premières n'étaient qu'un symptôme des secondes.

Benett, le premier, en 1845, publia un travail très documenté sur la question, dans lequel il cite 23 cas de métrites virginales.

Puis Huguier, dans un mémoire à l'Académie de Médecine sur les déformations du col de l'utérus (1859) mentionne les métrites virginales.

Quelques années plus tard, Courty, dans son *Traité des Maladies de l'utérus*, divise les hémorragies utérines en *symptomatiques* et *idiopathiques* ou essentielles. « Il est bon de démontrer, dit-il, que, malgré sa rareté relative, la ménorragie essentielle ne saurait être niée ». Et il cite à l'appui plusieurs cas publiés dans la littérature médicale de métrorragies terminées par la mort, sans aucune lésion utérine capable de l'expliquer : cas de Witehead (1846), de Obre (1858), dont nous aurons l'occasion de reparler au chapitre Clinique.

Carpentier Méricourt, dans sa thèse parue en 1875, attribue aux névralgies de l'ovaire la cause des métror-

ragies essentielles, alors que Gallard ne les cite que pour nier leur existence ; ce dernier pense que, dans les cas de ce genre, il s'agit toujours d'une lésion organique passée inaperçue.

Trélat, puis Pozzi, en font, comme Benett, un symptôme de la *métrite* ; Bouton, élève de Pozzi, soutient aussi le même point de vue dans sa thèse parue en 1887.

Puis viennent les travaux de Quénu, Pichevin et Petit, Pilliet et Baraduc, attribuant ces « hémorragies essentielles » à des lésions des *vaisseaux utérins*.

Enfin, avec Richelot, Doléris, on fit jouer un rôle prépondérant à la *congestion utérine*.

Cependant, certains auteurs avaient déjà eu l'idée de rapporter à des causes plus générales ces métrorragies des jeunes filles : Trousseau avait décrit les *chloroses ménorragiques*. Durosiez, puis Landouzy et son élève Mme Marshall citent de nombreux cas de coïncidence de métrorragies virginales et de *rétrécissement mitral*. Pour Johnson, ce sont surtout des *lésions rénales* qu'il faut incriminer. Dalché et Siredey ont observé des métrorragies au cours de *maladies du foie*.

Dans un travail fort intéressant, Castan (1) appelle ces hémorragies *métrorragies dyscrasiques de la puberté* ; elles sont pour lui de nature endo-infectieuse et se produisent par auto-intoxication.

Actuellement, c'est à un trouble de l'équilibre des

1. Castan, *Les Métrorragies des jeunes filles*, Th. Paris, 1898.

sécrétions glandulaires internes que l'on tend à rapporter ces hémorragies ; il s'agirait d'une sécrétion insuffisante ou anormale de l'ovaire, liée le plus souvent à divers troubles d'autres glandes endocrines et spécialement de la thyroïde. A ce propos, nous citerons les travaux de Dalché, Robin, Weil, Siredey, Jayle, Léopold Lévi et Rotschild dont nous reparlerons plus longuement au chapitre suivant.

ETIOLOGIE

En principe, nous éliminerons de cette étude toutes les métrorragies dues à des lésions des organes génitaux telles que : fibromes, polypes muqueux, sarcomes, épithéliomas, grosses lésions annexielles. Mais en réalité il n'est pas possible de les en écarter complètement, car lorsqu'elles sont au début de leur évolution, l'hémorragie utérine devient un signe révélateur de la lésion encore trop peu marquée pour donner lieu à des signes cliniques évidents.

Il est certain que ces affections se trouvent rarement chez les jeunes filles. La littérature médicale en a enregistré cependant un nombre assez important ; et si nous ne nous y arrêtons pas dans ce chapitre, nous y reviendrons plus loin à propos du diagnostic.

Nous écarterons aussi les hémorragies utérines provenant de métrite infectieuse avérée, résultant le plus souvent chez les vierges de vulvo-vaginite gonococcique mal soignée, de même que les métrorragies symptomatiques des intoxications aiguës et des maladies infectieuses qu'il est facile de reconnaître d'après les signes concomitants.

Toutes ces affections étant éliminées, il reste les métrorragies dites « essentielles » qui, chez les jeunes filles, apparaissent le plus souvent dès la puberté.

A quelles lésions, locales ou autres, sont dues ces hémorragies ?

Nous avons vu, au chapitre précédent, que les anciens auteurs avaient tendance à rapporter ces troubles à des maladies générales. Ainsi furent invoqués tour à tour la chlorose, les lésions cardiaques et parmi ces dernières surtout le rétrécissement mitral, certaines maladies du foie, des reins, l'arthritisme.

Puis l'idée d'une *infection utérine*, émise déjà autrefois par Gallard, fut reprise par Pozzi, mais a été peu à peu abandonnée par tous les auteurs, les métrorragies qui nous occupent n'ayant en effet aucun substratum anatomique caractéristique de la métrite infectieuse ; toutes les recherches faites dans le but de trouver un agent microbien par Richelot, Doléris, et même Pozzi pour qui métrorragie virginale était pour ainsi dire synonyme de métrite virginale sont restées infructueuses.

L'infection étant écartée, on a incriminé successivement des lésions portant sur les différents éléments de l'utérus :

Pour Richelot, il s'agit de *poussées fluxionnaires chez des arthritiques* aboutissant à des ruptures vasculaires ; et ces poussées seraient particulièrement fréquentes à la puberté et à la ménopause ; elles donneraient lieu, peu à peu, à de la *sclérose utérine*.

Theilhaber compare ces métrorragies essentielles aux hémorragies de la délivrance ; l'utérus saigne parce que la paroi musculaire a perdu sa contractilité. Chez les jeunes filles, il s'agirait alors, soit d'*hypoplasie*

congénitale, soit d'une *dégénérescence musculaire* due à la chlorose.

Cependant, ces lésions du parenchyme ne s'observent pas toujours. Forgue et Massabuau, qui ont eu l'occasion d'étudier plusieurs de ces utérus hémorragiques, ont trouvé la sclérose à des degrés très variables et n'ont jamais constaté de *dégénérescence anatomiquement appréciable* des fibres musculaires.

On a invoqué, d'autre part, des *lésions des vaisseaux utérins*. Schmid rapporte plusieurs observations de métrites hémorragiques dans lesquelles l'examen histologique fait après hystérectomie révéla des lésions nettes des vaisseaux. Ces observations sont de Quénu, Pichevin et Petit, Pilliet et Baraduc, Schmid.

Mais, outre que ces lésions vasculaires n'ont été trouvées que rarement, surtout chez des vierges, on peut très bien les considérer comme secondaires à l'état congestif de l'organe alternant avec les pertes sanguines ; et cela d'autant mieux que dans les observations citées par Schmid, il s'agit de malades ayant toutes présenté des hémorragies depuis plusieurs mois ou même plusieurs années.

Quant aux lésions de la muqueuse, elles ont été maintes fois signalées, notamment par Pankoff, Siredey et Lemaire ; ces deux derniers, dans plusieurs cas de métrorragies virginales, ont trouvé une muqueuse épaisse et fongueuse, caractérisée anatomiquement par une hyperplasie du tissu glandulaire, offrant une sorte de *dégénérescence adénomateuse de la muqueuse*, sans aucune trace de processus inflammatoire.

Le Dr Blanc (1) cite également plusieurs cas de métrorragies chez des jeunes filles vierges, traitées par curettages, au cours desquels la curette ramena des quantités appréciables de fongosités gris blanchâtre, mollasses, peu résistantes.

Dans notre observation I, nous verrons aussi que l'examen histologique des débris de la muqueuse utérine pratiqué par le professeur Champy après curettage chez une jeune fille de 18 ans, révéla une muqueuse hyperplasiée.

Mais là encore, peut-on prouver que ces différentes lésions de la muqueuse sont primitives et qu'elles ne proviennent pas de congestions utérines répétées ?

D'ailleurs, bien que très fréquentes, ces modifications de la muqueuse sont, elles aussi, inconstantes. On rencontre même quelquefois une minceur, une *aplasie* de la muqueuse utérine, et, dans une thèse récente, Vignal (2) a pu réunir plusieurs de ces cas.

Il semblerait, logiquement, que le curettage dût donner de bons résultats toutes les fois qu'il y a hypertrophie de la muqueuse utérine ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'échec de la curette, dans ces cas, est assez fréquent (V. obs. I). D'autre part, fait paradoxal, Vignal rapporte plusieurs cas de métrorragies virginales avec muqueuse excessivement mince, guéries par curettage.

Pourquoi ? Comment expliquer la réussite ou l'échec de ces interventions ?

1. Dr Blanc, *Loire médicale*, 1898.

2. Vignal, *Des métrorragies « dites essentielles » et de leur traitement*. Th. Paris, 1922.

Nous ne pouvons actuellement répondre à ces questions, mais ces résultats contradictoires tendent à prouver que la lésion principale qui engendre ces hémorragies n'est pas davantage dans la muqueuse que dans les fibres musculaires ou les vaisseaux.

D'après Bouilly, ces métrorragies seraient sous la dépendance de lésions ovariennes, de *dégénérescence sclérokystique de l'ovaire* ; il publie, à l'appui de cette thèse, quelques observations de malades atteintes de métrorragies essentielles et guéries par la seule castration. Depuis, Gueller et Délespine ont donné des observations analogues.

La dégénérescence scléro-kystique des ovaires s'accompagne, en effet, de métrorragies parfois assez abondantes et débute souvent à la puberté ; mais on observe toujours, au cours de cette affection, des douleurs assez vives, contrairement à ce qui se passe au cours des hémorragies virginales qui nous occupent.

On a invoqué aussi l'existence de kystes du corps jaune, en s'appuyant d'une part sur le rôle prépondérant joué par ce dernier dans la menstruation d'après les données récentes de la physiologie moderne, d'autre part sur l'examen de quelques pièces après hystérectomie.

Mais ces cas sont trop rares pour que nous nous y arrêtions.

Faudrait-il alors rapporter la cause de ces métrorragies à un trouble de la sécrétion interne de l'ovaire ? Cette hypothèse est en effet bien séduisante, et il est évident que les tendances actuelles vont de ce côté.

Les gynécologues modernes, rapprochant les métrorragies virginales des métrorragies de la ménopause, pensent qu'à ces deux grandes époques de la vie génitale de la femme, il peut y avoir déviation de la fonction ovarienne.

Jayle a fait de nombreuses recherches sur la physiologie de l'ovaire : et ses travaux l'ont amené à conclure que l'ovaire sécrète une substance qui agit sur le grand sympathique. Cette sécrétion aurait lieu au moment de la ponte, périodiquement, et agirait sur les vaso-dilatateurs de l'utérus, déterminant le flux menstruel normal. Si cette fonction interne de l'ovaire est modifiée, en qualité ou en quantité, il en résulte des troubles de la menstruation.

Pour Dalché, il y a tantôt *hyperovarie*, tantôt-*hypo-ovarie*, tantôt enfin *dysovarie*, c'est-à-dire que chez la même malade on trouve des périodes d'hyperovarie alternant avec des périodes d'hypo-ovarie.

Après Jayle, Léopold Lévi et Rothschild ont étudié les relations de la fonction ovarienne avec celles des autres glandes endocrines. Ces trois auteurs signalent bientôt un rapport certain entre l'*ovaire* et le *corps thyroïde*.

Y a-t-il parallélisme ou antagonisme dans l'activité de ces deux glandes ? Ici, tous les expérimentateurs ne sont pas d'accord. Les uns, se basant sur l'arrêt des métrorragies par le traitement thyroïdien, l'aménorrhée qui accompagne le goitre exophtalmique, l'hypertrophie thyroïdienne de la grossesse, affirment l'antagonisme. Pour les autres, la fréquence des symptômes

d'hypo-ovarie et d'hypothyroïdie se rencontrant chez les mêmes individus, l'arrêt du développement des caractères sexuels secondaires après thyroïdectomie, sont des preuves certaines du parallélisme des deux glandes.

En réalité, les rapports qui unissent le corps thyroïde et l'ovaire sont des plus complexes. Mme Collard-Huard (1) a bien étudié cette question, et arrive à cette conclusion qu'il y a à la fois des phénomènes de suppléance et de parallélisme entre les deux glandes. « Tandis que les phénomènes de suppléance, dit-elle, manifestent l'union solidaire du corps thyroïde et de l'ovaire pour un but commun, les faits de parallélisme expriment surtout l'action directe et réciproque que les deux glandes peuvent exercer l'une sur l'autre ».

D'ailleurs, de plus en plus se répand cette notion d'un *équilibre polyglandulaire* général, les différentes sécrétions internes étant toutes solidaires les unes des autres, Starling a émis cette hypothèse que chacun de ces organes sécrète une substance excitante qui provoque des modifications humorales agissant sur les autres glandes.

En clinique, on observe surtout, au cours de ces métrorragies virginales, le *syndrome thyro-ovarien*.

Pourquoi l'opothérapie donne-t-elle quelquefois d'excellents résultats, alors que d'autres fois son action est nulle ?

Probablement parce que les troubles des glandes à sécrétion interne, en raison même de leur complexité,

1. Mme Collard-Huard, *De l'insuffisance ovarienne envisagée dans ses rapports avec l'insuffisance thyroïdienne*. Th. Paris, 1911.

sont très difficiles à établir cliniquement, et cela d'autant plus que les symptômes auxquels donnent lieu l'hyper- et l'hypofonctionnement de ces glandes sont encore mal connus. On comprend donc combien un diagnostic peut être difficile à établir dans ces conditions. Aussi, comme on l'a dit, la thérapeutique est-elle ici une véritable *contre-épreuve* de la clinique ; il faut tâtonner, et c'est sans doute pour cela que les résultats du traitement opothérapique sont inconstants.

Si l'on admet qu'il y a à l'origine des métrorragies virginales des troubles des sécrétions internes de l'organisme, à quelle influence doit-on attribuer ces derniers ?

Pour nous, nous avons été frappée de trouver, au cours des recherches que nous avons effectuées dans la littérature médicale, la coïncidence fréquente de certaines maladies dans les antécédents héréditaires des jeunes malades.

Par ordre de fréquence, nous avons trouvé chez les ascendants directs les maladies suivantes : l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis.

Mais hâtons-nous de dire que cette dernière affection est probablement beaucoup plus fréquente en réalité que les apparences ne pourraient le faire croire, soit que les parents la cachent systématiquement, soit qu'ils l'ignorent.

Nous avons trouvé aussi assez souvent l'arthritisme, surtout sous forme de rhumatisme chronique chez la mère. Il est intéressant de noter à ce point de vue que

Léopold Lévi et Rothschild rattachent l'arthritisme à une altération des glandes endocrines ; cette altération, d'après eux, serait cause et non effet. Cependant, dans les observations auxquelles nous faisons allusion, l'arthritisme seul est mentionné chez la mère, sans aucun trouble glandulaire concomitant et paraît avoir causé les troubles endocriniens chez la fille.

En résumé, il nous apparaît bien qu'il y ait, à l'origine de ces métrorragies virginales *sine materia* un trouble de la sécrétion interne de l'ovaire, s'accompagnant souvent de troubles d'autres glandes vasculaires sanguines et réalisant ainsi une sorte de déséquilibre poly-glandulaire.

CLINIQUE

Les jeunes filles atteintes de ces métrorragies se présentent sous plusieurs aspects cliniques différents :

Les unes sont d'apparence robuste, bien développées, comme la malade de notre observation I. Aucune tare héréditaire ni dyscrasique ne peut être relevée dans les antécédents. La métrorragie apparaît au cours d'un état de santé parfait. Quelquefois, ces jeunes filles sont précoces, physiquement et intellectuellement et il y a lieu de supposer un certain degré d'hyperovarie.

Les autres sont de petite taille, ou alors grandes et minces, mais non développées en proportion de leur âge, ayant grandi trop vite. Elles sont pâles et chétives, blondes la plupart du temps, et ont plus ou moins présenté de troubles de la croissance comme cette malade du Dr Blanc (1) qui, à 15 ans, « avait la taille d'une enfant de 10 ans et n'avait marché qu'à 4 ans. » La dentition est apparue tardivement. Il s'agit alors d'infantilisme par insuffisance pluriglandulaire, l'hypovarie étant associée à l'hypofonctionnement d'autres glandes à sécrétion interne, et surtout de l'hypophyse.

Enfin, il y a un troisième type ; c'est celui de la jeune fille obèse, pâle et bouffie, présentant une mau-

1. Dr Blanc, *Loire médicale*, 1896.

vaise circulation, avec les extrémités cyanosées. L'intelligence est peu éveillée, le regard terne, les paupières œdématisées. Dans ces cas aussi, il y a des troubles de la croissance et surtout du développement intellectuel. On observe en général chez ces malades, comme d'ailleurs chez celles du type précédent, des *ménorragies abondantes* succédant à des périodes d'*aménorrhée* de plusieurs mois. Il y a dysovarie. Tous ces symptômes sont ceux de *l'insuffisance thyro-ovarienne*.

Comment apparaissent les hémorragies utérines que nous avons à étudier ?

Le plus souvent, il s'agit de *ménorragies*, tout au moins au début. Quelquefois, les premières règles sont de suite très abondantes, comme dans le cas Obre, cité plus haut. D'autres fois, après avoir été normales pendant quelques mois, les règles augmentent tout à coup d'abondance, et c'est là le cas le plus fréquent. Il peut arriver enfin que les ménorragies n'apparaissent que plusieurs années après l'établissement de la menstruation, les règles ayant été normales jusque-là.

On peut aussi, comme nous l'avons vu précédemment, rencontrer des jeunes filles chez lesquelles les périodes d'aménorrhée alternent avec les ménorragies.

A ces ménorragies, s'ajoutent fréquemment, par la suite, des *métrorragies*, et les malades finissent par perdre du sang la moitié du mois où même davantage.

En somme, il n'y a aucune règle fixe et ces hémorragies sont, la plupart du temps, capricieuses, irrégulières.

Le sang est souvent mélangé de caillots ; habituellement ces caillots ne se forment pas dans la cavité utérine mais dans le vagin et ne provoquent pas de douleurs d'expulsion.

On observe quelquefois une sensation de pesanteur, de gêne dans le bas-ventre, *avant l'hémorragie* ; mais ces phénomènes, probablement dus à la congestion ovarienne, disparaissent ensuite avec l'apparition du sang.

Lorsque l'affection est de date récente, la malade peut se présenter avec un aspect relativement florissant. Mais quand les métrorragies durent depuis plusieurs mois, l'état général de la jeune fille périclité et l'on observe alors chez elle tous les troubles dus à une anémie intense : perte de l'appétit, amaigrissement, essoufflement, vertiges, palpitations, lipothymies, décoloration des muqueuses et des téguments, souffles à la base du cœur. Ces symptômes généraux sont la conséquence de pertes de sang répétées et abondantes.

Quelle que soit la façon dont ces hémorragis ont débuté, on peut distinguer les cas *bénins* et les cas *graves*.

Les premiers sont beaucoup plus fréquents que les seconds. Il s'agit alors de métrorragies ne comportant aucune gravité et évoluant habituellement vers la guérison, tantôt spontanément lorsque la menstruation est bien établie, tantôt après un traitement médical plus ou moins prolongé (opothérapie et, s'il y a lieu, traitement de la maladie ayant agi comme adjuvante).

Les bons résultats obtenus dans ces cas par l'opothérapie, paraissent confirmer qu'il s'agit bien, en effet, de troubles de la sécrétion ovarienne, associés au mauvais fonctionnement d'autres glandes à sécrétion interne. Mme Le Monnier-Denis a pu réunir dans sa thèse un nombre important de ces cas, tous améliorés par le traitement glandulaire, constitué surtout par l'administration d'extraits de corps thyroïde et autres glandes endocrines.

Dans les cas *graves*, les hémorragies sont si abondantes que l'existence de la malade peut être menacée; la littérature médicale a même enregistré plusieurs décès dus à ces métrorragies virginales. Nous en citerons deux :

Cas de Whitehead. — Il s'agit d'une jeune fille régulièrement menstruée depuis l'âge de 13 ans. A 17 ans, elle fait une chute dans la rue et en ressent un violent ébranlement; dix jours après, apparition des règles, qui sont suivies d'une hémorragie abondante de cinq à six jours; les règles suivantes sont plus abondantes encore et durent seize jours. A l'époque suivante, forte métrorragie qui amena la mort au bout de treize jours. L'autopsie révéla « un utérus de nullipare un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire; ses parois moins fermes étaient d'une épaisseur normale; il renfermait un caillot de sang qui en occupait toute la cavité; les annexes étaient saines. »

Cas de Obre. — Jeune fille de 14 ans et 3 mois, dont les *premières règles* ne purent être arrêtées et qui mourut au bout de vingt jours.

Mais fort heureusement, ces exemples sont excessivement rares et M. le professeur Pinard, II^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française, a pu s'exprimer ainsi : « Au cours de ma longue carrière, combien ai-je vu de jeunes filles mourir de métrorragies ? *Aucune.* »

A côté de ces cas dramatiques, il y en a cependant dans lesquels la santé sinon la vie des jeunes filles est réellement compromise par les désordres que peut causer l'anémie grave dans l'organisme. Ces métrorragies sont tenaces, rebelles, augmentent de plus en plus d'intensité. L'état général s'aggrave, la malade s'anémiant de plus en plus. Et, lorsque le traitement médical n'est pas parvenu à enrayer ces métrorragies, le devoir du praticien n'est-il pas de recourir à d'autres procédés ? C'est ce que nous étudierons plus loin.

DIAGNOSTIC

Que faire lorsque l'on est consulté pour un cas de **métrorragie chez une jeune fille** ?

La recherche du diagnostic, déjà complexe en elle-même, est rendue plus difficile encore par l'état de virginité de la malade.

Avant de pratiquer un examen local, il sera bon de faire un examen général complet. On recherchera avec soin toutes les maladies capables de provoquer les métrorragies. On songera surtout au rétrécissement mitral, si souvent méconnu jusqu'à la puberté et dont les métrorragies sont quelquefois le premier symptôme apparent ; à la chlorose qu'il faudra éviter de confondre avec l'anémie consécutive aux hémorragies ; aux états cholémiques, à l'albuminurie ; à la lithiase biliaire ou rénale ; à l'hémophilie ; au neuro-arthritisme que l'on trouve souvent chez des jeunes filles à l'aspect robuste et offrant toutes les apparences d'une excellente santé. On se souviendra également que certaines affections intestinales telles que l'entérite, l'appendicite chronique peuvent, rarement il est vrai, donner lieu à des métrorragies.

Si l'on arrive ainsi à dépister l'une quelconque de ces maladies, il va sans dire que le traitement des mé-

trorragies sera celui de la maladie causale, auquel il sera bon néanmoins d'associer l'opothérapie ovarienne, car même dans ces cas, il semble bien que la glande génitale joue un rôle. De plus, on luttera contre le symptôme hémorragie comme nous l'indiquons au chapitre suivant.

Si, au contraire, la recherche des maladies énumérées ci-dessus est restée négative, on n'a donné qu'un résultat douteux, il y a lieu de faire dès ce moment un toucher rectal afin de rechercher s'il existe une lésion locale; mais ce toucher, avouons-le, ne donnera de renseignements utiles que si la lésion (fibrome, polype muqueux, gros utérus métritique avec rétroversion, tumeur maligne, grosse lésion annexielle) est volumineuse. Si l'on n'a aucun renseignement de ce côté, faut-il, dès maintenant, procéder à un toucher vaginal? Nous pensons qu'il y a encore lieu de temporiser, tout au moins lorsque l'hémorragie n'est pas inquiétante par son abondance ou par sa durée.

C'est alors qu'il faut s'efforcer de dépister les troubles provoqués par l'altération des glandes endocrines. Cette recherche sera presque toujours difficile, et ne pourra le plus souvent être menée à bien qu'après des essais thérapeutiques prudents.

Si les règles sont abondantes et rapprochées, on recherchera si la jeune malade n'offre pas de signes d'hyperovarie. Dans ce cas, la menstruation est apparue de bonne heure; il y a précocité physique et intellectuelle; l'œil est vif, la démarche assurée; les caractères de sexualité sont très marqués.

Lorsque, au contraire, on observe des périodes d'aménorrhée alternant avec des métrorragies, la malade n'ayant jamais été bien réglée et la menstruation étant apparue tardivement, on songera à l'hypovarie, souvent associée à l'hypothyroïdie. Ces jeunes filles ont alors un aspect spécial : la face est en pleine lune, les paupières œdématisées ; le regard est peu intelligent ; il y a un certain degré d'adiposité ; les membres sont empâtés, les gestes lourds et maladroits, les extrémités violacées ; on observe quelquefois l'accroissement persistant des cartilages de conjugaison, ou une scoliose légère. La peau est sèche, les cheveux et les sourcils rares. Les dents sont mauvaises, effritées ou cariées, et si l'on interroge la malade, on apprend que leur apparition a été tardive et irrégulière. Le corps thyroïde, ordinairement petit, peut, dans quelques cas, être augmenté de volume. Ces malades sont en général très frileuses ; leur activité est limitée et l'entourage se plaint de leur paresse.

En pratique, c'est ce syndrome *thyro-ovarien* que l'on rencontre le plus fréquemment. Mais les symptômes sont dans bien des cas très atténués et incomplets. L'un des signes extérieurs qui nous a paru le plus constant est la bouffissure des paupières.

S'il s'agit d'adolescentes blondes et pâles, de taille excessive, avec cependant un poids insuffisant, aux extrémités énormes, à l'air nonchalant, on songera aux *troubles hypophysaires*.

Lorsque l'hypotension artérielle est très marquée et

que l'on observe en même temps de l'*hirsutisme*, c'est à l'*insuffisance surrénale* qu'il faudra penser.

Enfin, pour confirmer et compléter le diagnostic de troubles glandulaires, il faudra souvent instituer un traitement opothérapique prudent, en procédant par tâtonnements.

Supposons que l'examen général de la malade ait été complètement négatif, que le toucher rectal n'ait révélé aucune lésion appréciable, que le traitement opothérapique enfin soit resté sans effet, il y a lieu alors d'intervenir plus énergiquement : il faut dilater l'hymen afin de compléter le diagnostic par un toucher vaginal et un curettage dont les débris seront examinés au microscope. Dans certains cas, le curettage peut être curatif et amener la guérison, mais nous insistons tout particulièrement sur ce point que nous le considérons utile pour compléter le *diagnostic* lorsque le traitement médical a été sans résultat.

Dans notre observation II, nous verrons que le curettage a permis au D^r Douay de faire le diagnostic de métrite tuberculeuse. Grâce à ce diagnostic, la malade qui présentait à ce moment un excellent état général, eût pu être sauvée, si la mère avait accepté l'hystérectomie pour sa fille.

TRAITEMENT

Les métrorragies virginales devront être traitées d'abord médicalement, sauf cependant pour les cas à début brusque et violent, très rares à la vérité, où les circonstances ne laisseraient pas le loisir d'attendre, la vie de la malade étant menacée.

Quelle sera la conduite à tenir pour le praticien :

1° Pendant les métrorragies ;

2° Entre les métrorragies.

A. — *Pendant les métrorragies*

Il faudra avant tout maintenir la jeune malade au lit, dans le décubitus dorsal, sans oreiller, avec repos physique et moral aussi complet que possible.

Si l'hémorragie continue, on se trouvera bien souvent de maintenir en permanence sur l'abdomen, ainsi que le conseille M. le D^r Siredey, une vessie de glace.

Si enfin l'hémorragie persiste, il y aura lieu d'user des hémostatiques habituels : on emploiera les injections vaginales chaudes, données avec une petite canule, les lavements chauds avec xx gouttes de laudanum, l'hémostyle à la dose de 5 centimètres cubes par injection sous-cutanée ou par voie rectale ; l'ergotine Yvon, par ampoules de 1 centimètre cube à la fois, en

répétant s'il est nécessaire deux fois cette dose dans la journée ; le chlorure de calcium à raison de 2 à 4 gr. par jour pendant quelques jours.

MM. les D^r Dalché et P.-E. Weil conseillent de faire une injection hypodermique de 20 centimètres cubes de sérum de cheval. Le D^r Dalché préconise en outre l'ingestion de gélatine en feuilles, à la dose de 10 grammes par jour prise en deux fois.

L'emploi de lobe postérieur d'hypophyse a souvent donné de bons résultats ; il peut être administré par la voie buccale, à raison de 2 à 4 cachets de 0 gr. 10 d'extrait sec, ou par voie sous-cutanée à la dose de 0 gr. 05 ; ce dernier procédé est plus rapide et plus efficace. Des résultats très satisfaisants ont été obtenus ainsi dans le service du professeur Faure par le D^r Mossé.

L'extrait d'hypophyse paraît exercer en effet une influence directe et rapide sur l'utérus ; c'est pourquoi nous préconisons son emploi pendant les hémorragies, contrairement aux extraits secs des autres glandes endocrines qu'il vaut mieux employer entre les hémorragies.

B. — *Entre les métrorragies*

Nous supposons que la jeune malade a été examinée minutieusement et qu'ont été éliminées tour à tour les maladies générales énumérées au chapitre Diagnostic.

Ceci étant fait, on pratiquera un examen gynécologique par voie rectale, afin de respecter l'hymen. Cet examen, à la vérité difficile et incomplet, nous paraît cependant devoir être fait, afin de ne pas laisser échap-

per une grosse lésion locale décelable par ce simple procédé.

Si ce toucher rectal est négatif, comme cela a lieu dans la plupart des cas, nous sommes en droit de supposer qu'il s'agit bien de « métrorragies essentielles » des anciens auteurs, c'est-à-dire de métrorragies dont la cause paraît être due à un trouble glandulaire. On instituera donc un traitement opothérapique, basé sur les symptômes observés.

Faut-il, dans ce traitement, comprendre l'extrait d'ovaire ?

Ici, les avis sont partagés.

M. le Dr Siredey pense que, loin d'atténuer les hémorragies, la médication ovarienne les augmente. Aussi donne-t-il de l'extrait de glande thyroïde, associé selon les cas aux extraits d'hypophyse ou de surrénale.

M. le Dr Dalché, au contraire, emploie l'extrait d'ovaire associé aux extraits de corps thyroïde, d'hypophyse, de glandes surrénales, en se basant sur les symptômes observés.

Dans l'insuffisance thyro-ovarienne, type le plus fréquemment observé à des degrés divers, on peut donner par exemple 10 à 20 centigrammes d'extrait d'ovaire, avec 2 à 5 centigrammes d'extrait thyroïdien pendant dix à douze jours. Mais il faut manier avec prudence la médication thyroïdienne, surtout chez les neuro-arthritiques, et être prêt à suspendre le traitement dès l'apparition de symptômes d'intolérance : tachycardie, troubles digestifs consistant en diarrhée, vomissements, sueurs, insomnies.

Enfin, lorsque le traitement opothérapique n'aura donné aucun résultat, comme par exemple pour la malade de notre observation I, qui a été traitée médicalement pendant trois ans sans succès, le devoir du praticien est de chercher une autre thérapeutique et d'intervenir plus énergiquement.

Or, nous allons voir ici combien les opinions sont encore différentes suivant les auteurs, ce qui s'explique par la difficulté du diagnostic et l'état de virginité des malades.

Quels sont, actuellement, en dehors des traitements purement médicaux, les moyens dont nous disposons pour traiter ces malades ?

La radiothérapie,

La curiethérapie,

Le curettage,

L'hystérectomie.

Disons tout de suite que ce dernier procédé, employé autrefois comme moyen héroïque dans les cas graves, n'a pour ainsi dire plus de partisans aujourd'hui, sauf naturellement lorsqu'il s'agit de sarcome, d'épithélioma, de métrite tuberculeuse comme pour la malade de notre observation II. Les conséquences qu'il entraîne sont en effet trop importantes pour que le gynécologue soit encore tenté d'y recourir, alors qu'il a d'autres ressources à sa disposition.

Cependant, dans une thèse relativement récente (1) ; déjà citée plus haut, il est donné deux observations

1. Couinaud, Th., 1921.

inédites (obs. VII et VIII) concernant des jeunes filles atteintes de métrorragies virginales chez lesquels le traitement médical et le curettage n'ayant donné aucun résultat, on pratiqua l'hystérectomie.

Mais aujourd'hui l'accord est à peu près unanime sur ce point et nous ne nous y arrêterons pas.

Il reste donc :

La radiothérapie ;

La curiethérapie ;

Le curettage.

Comment les gynécologues emploient-ils ces trois modes de traitement ?

Certains appliquent d'emblée les rayons X ou le radium. Ils soignent le *symptôme hémorragie* sans préciser le diagnostic, si difficile à faire au début entre certaines lésions utérines et les métrorragies qui nous occupent.

Parmi ceux-ci d'aucuns, comme le Dr Cesbron, préfèrent le radium qui agit plus directement sur la muqueuse utérine et les vaisseaux qui saignent et pourrait peut-être respecter plus facilement l'ovaire.

D'autres, peut-être plus nombreux, comme Béclère, le professeur Pinard (1) et Mme Laborde qui bien que

1. Nous ne voulons pas dire que le professeur Pinard ait l'habitude de faire traiter ses malades par les rayons, mais que ses préférences vont à la radiothérapie plutôt qu'à la curiethérapie. D'ailleurs, il a eu la chance, au cours de sa carrière de ne pas se trouver en face de métrorragies virginales graves. Au II^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française tenu à Paris en septembre 1921, il s'exprimait ainsi : « Toutes mes malades ont guéri sans hystérectomie, sans radiothérapie, sans curiethérapie ; la mort dans ces conditions, je ne l'ai jamais vue. Il me faut répéter

radiumthérapeute, fait faire, dans les cas de ce genre, de la radiothérapie, préfèrent les rayons X qui peuvent être donnés à petites doses plus facilement que le radium dont l'application nécessite une véritable petite intervention.

Qu'il s'agisse du radium ou des rayons X, quels sont les avantages de cette méthode (*symptomatique* qui a d'assez nombreux partisans ? Il y a surtout un *avantage moral*, celui de respecter l'hymen et de ne pas effrayer les familles des malades.

La critique que nous avons entendu formuler par le professeur Faure à cette thérapeutique est la suivante :

Peut-on être certain par l'emploi des irradiations de respecter la fonction génitale ? Dans quel état fonctionnel, ce traitement laissera-t-il l'ovaire ? Et si plus tard la femme reste stérile, jusqu'à quel point les rayons n'en seront-ils pas responsables ? Aussi doit-on essayer tous les moyens sans danger, et en particulier le curettage, le sacrifice de l'hymen étant absolument conventionnel et à notre avis ne devant pas être pris en considération.

Avec le professeur Faure, nous pensons que la question de la virginité ne doit pas empêcher une exploration plus complète des organes génitaux, car cette

que la responsabilité du médecin est extrêmement grave toutes les fois qu'il risque de compromettre la fonction reproductrice de la femme. Cependant je n'ai pas la prétention d'avoir tout vu ; et d'après ce qui vient d'être dit, dans le cas de métrorragie extrêmement abondante, mettant en danger la vie d'une jeune fille, j'autoriserais un traitement radiothérapique, et, dans le cas d'un échec de ce traitement, j'autoriserais la curiathérapie, appliquée comme quelques-uns de nos collègues viennent de l'exposer. »

exploration, surtout après curettage et examen histologique des débris de la muqueuse, peut réserver des surprises, en permettant de constater des néoformations, les unes bénignes, qui peuvent guérir par le curettage : métrite polypeuse, métrite fongueuse, métrite adénomateuse, les autres graves, métrite tuberculeuse, épithélioma du corps utérin et surtout sarcome diffus de la muqueuse.

Le sarcome de la muqueuse utérine est en effet assez fréquent chez les jeunes filles, à tel point que plusieurs auteurs en ont fait une maladie des adolescentes. Citons les cas de Zweifel (1884) et de Kaltenbach (1890), dont les malades étaient âgées respectivement de treize et de quinze ans !

« Il faut savoir que chez les jeunes femmes, nous dit Pozzi, le sarcome peut simuler à s'y méprendre la métrite fongueuse hémorragique. Le toucher intra-utérin fournira quelquefois des renseignements utiles, *mais l'examen histologique seul permet de faire le diagnostic avec certitude* ».

Nous considérons donc qu'il est indispensable de pratiquer un curettage et un examen histologique lorsque les différents traitements médicaux ont échoué.

Si, d'une part, le curettage lui-même a été sans résultat et que, d'autre part, l'examen microscopique n'ait révélé aucune lésion grave, il faut alors instituer le traitement par les irradiations, soit par les rayons X, soit par le radium. Grâce à cette méthode relativement nouvelle, on arrive ainsi toujours à enrayer les hémorragies utérines. Mais si les résultats obtenus sont

excellents, il faut bien le dire, cette méthode n'est pas exempte de danger et ne doit être employée que tout à fait exceptionnellement chez les jeunes filles. Nous en sommes encore, là aussi, à la période de tâtonnements. Les opinions diffèrent sur le mode d'action des irradiations sur les organes génitaux. Par quel mécanisme s'arrête l'hémorragie ? Pour les uns, l'action s'exerce surtout sur les vaisseaux ; il y a paralysie des vasomoteurs utérins ; d'où stase sanguine, aboutissant à une endartérite oblitérante. Pour d'autres, l'action sur les ovaires est seule à considérer. Un certain nombre d'auteurs enfin, et ceux-là paraissent être les plus nombreux, admettent le concours de ces deux actions sur les vaisseaux et sur la glande génitale.

Quoi qu'il en soit, les partisans de la méthode disent eux-mêmes « qu'une application de radium, même à dose faible, peut provoquer la suppression définitive de la fonction ovarienne et entraîner la stérilité » (Dr Siredey).

En résumé, nous pensons, comme M. le Dr Douay que, « dans l'échelle thérapeutique, les irradiations doivent rester à l'avant-dernier échelon, le dernier étant l'hystérectomie. »

Il nous paraît rationnel, avec le professeur Faure, de suivre cette ligne de direction, chaque fois que l'on sera en présence de métrorragies virginales graves, les malades n'ayant pas été améliorées par le traitement médical :

- 1° Dilater l'hymen ;
- 2° Faire un toucher vaginal ;

3° Dilater le col et curetter ;

4° Examiner histologiquement les débris du curettage.

Si ces débris révèlent une lésion grave de la muqueuse, comme épithélioma, sarcome, tuberculose, faire l'hystérectomie ;

5° Sinon, attendre le résultat du curettage.

6° S'il y a récurrence, traiter alors les malades par la radiothérapie ou la curiethérapie.

OBSERVATIONS

Nous donnons ici quatre observations inédites. Les deux premières sont de M. le D^r Douay et concernent des malades traitées dans le service de M. le professeur Faure à l'hôpital Broca.

Les deux autres nous ont été communiquées obligeamment par M. le D^r M.-H. Cesbron, et se rapportent à deux cas de métrorragies virginales guéries par la radiumthérapie.

OBSERVATION I

Métrite grave chez une jeune fille de 18 ans, durant depuis trois ans. — Curettage. — Récidive. — Rayons X. — Guérison.

Mlle Marguerite L., 18 ans, née à Port-au-Prince (Haïti). Créole. Réglée à 13 ans. Les règles sont d'abord peu abondantes et irrégulières ; puis elles augmentent de plus en plus d'abondance. La malade est soignée pendant trois ans ; le traitement est purement médical et consiste en : injections chaudes, ergotine, puis opothérapie ovarienne. Ce traitement n'amène aucune espèce d'amélioration. La malade vient en France le 21 mai 1921, dans le but de consulter le professeur Faure.

Examen. — Malade bien développée, grande, sans aucune espèce de troubles ; elle est dans un état d'anémie extrême, très affaiblie ; les muqueuses sont décolorées ; elle est essoufflée au moindre mouvement. Depuis quatorze mois, elle perd d'une façon continuelle et par moments avec caillots. Il n'y a ni douleur ni fièvre.

A l'examen gynécologique, on trouve un hymen infranchissable au doigt ; par le rectum, on sent un utérus gros, bien développé, en rétroversion légère. Une petite masse arrondie, à droite, collée à l'utérus, serait peut-être un noyau fibreux. Les ovaires ne sont pas spécialement perçus.

La malade est envoyée par le professeur Faure au Dr Douay, avec le conseil de l'endormir, de distendre l'hymen pour permettre un examen gynécologique plus complet, et de pratiquer au besoin un curettage, à la fois explorateur et curateur.

Opération, le 31 mai 1921. — Sous anesthésie générale, Dilatation de l'hymen ; dilatation du col aux bougies de Hégar et curettage. On retire une muqueuse très épaisse ; le noyau fibreux qu'on avait soupçonné dans l'épaisseur de la paroi utérine n'est pas retrouvé au cours de cet examen. Ils'agit donc seulement d'une métrite hémorragique sans fibrome.

L'examen histologique des débris enlevés par curettage a été fait par le professeur Champy : il s'agit d'une muqueuse hyperplasiée ; les glandes surtout sont augmentées de volume, fluxueuses, très végétantes, enroulées en spirale.

Suites opératoires. — Les pertes de sang s'arrêtent pendant un mois. On note une irritation de la vessie dont on explique mal la cause, peut-être par suite d'un sondage pratiqué le lendemain de l'opération. Cette cystite dure pendant une dizaine de jours avec urines troubles.

L'examen, pratiqué le 22 juin 1921, montre un utérus mobile sans douleur, un peu moins gros qu'avant le curettage. Les troubles dus à la cystite ont disparu.

Les règles reviennent le 1^{er} juillet ; elles sont abondantes pendant quatre ou cinq jours ; puis l'écoulement diminue d'intensité, mais persiste jusqu'au 18 juillet.

Etant donné cet insuccès du curettage, on commence un traitement radiothérapique qui est fait par le Dr Lehmann, une première application comprenant une dose cutanée par 5 portes d'entrée, 3 hypogastriques et 2 fessières (1), est faite au mois de juillet. Pendant le mois d'août, la malade fait un séjour à

1. Pour la technique de M. le Dr Lehmann, voir le *Bull. de la Soc. d'Electrothérapie* de juillet 1921.

Luxeuil. Une période de règles apparaît du 28 juillet au 1^{er} août ; une seconde du 20 au 26 août puis en septembre, du 15 au 19 ; pour la première fois, les règles se passent sans perte de caillots. A cette époque, seconde application radiothérapique, identique à la première. Puis le 9 octobre, nouvelle perte de trois jours, toujours sans caillots.

A ce moment, l'utérus a considérablement diminué de volume : il est plutôt petit et difficile à bien percevoir. L'état général s'est fort amélioré. On observe une disparition complète de tous les troubles dus à l'anémie intense. L'appétit est bon ; la malade a grossi. A partir de ce moment les règles viennent régulièrement chaque mois, durent quatre jours, sans perte de caillots.

Au mois de décembre, une hystérométrie est faite ; elle montre une cavité utérine de 6 centimètres.

La malade a été revue en février, avant son départ pour Haïti : à ce moment, elle était en très bon état. Nous avons eu de ses nouvelles en juin et en octobre derniers : les règles durent quatre à cinq jours avec un écoulement normal. L'état général est excellent.

Le 21 décembre 1922, nous recevons des nouvelles de la malade, dont l'état de santé est toujours excellent ; des règles arrivent régulièrement tous les vingt-six jours et durent deux jours. « Ma belle mine, écrit-elle, fait le bonheur de mes parents. »

OBSERVATION II

Métrorragies douloureuses chez une jeune fille de seize ans. —

Curettage. — Métrite tuberculeuse. — Décédée cinq mois plus tard de tuberculose pulmonaire aiguë.

Mlle Léonce D., seize ans. Cette jeune fille très bien portante d'aspect vient à la consultation de Broca le 13 avril 1922. A ce moment, elle est réglée depuis deux ans, avec douleurs à chaque règle. De quibus quelques mois, ces douleurs augmentent et persistent même après la cessation des règles ; elles ont le caractère de se produire chaque matinée, entre 8 et 10 heures du matin. Les règles se présentent sous forme de ménorragies pendant deux ou trois jours, avec perte de caillots, puis elles se

continuent, moins abondantes, pendant une dizaine de jours sous forme de sang noirâtre non coagulé. Les règles terminées, des pertes blanches apparaissent, qui résistent aux injections vaginales faites deux ou trois fois par semaine à la liqueur de Labarraque.

L'examen par le toucher rectal montre un gros utérus mou, en rétroversion. Cette rétroversion ne paraît pas adhérente ; elle est partiellement réductible, avec quelque douleur. Les annexes ne sont pas perçues par le toucher rectal.

La malade est reveue le 4 mai ; il n'y a pas d'amélioration. On décide de faire une dilatation légère de l'hymen avec le petit speculum vaginal, ce qui permet de découvrir le col de l'utérus qui est rouge. Une exploration à la bougie montre qu'il n'y a pas de rétrécissement au niveau de l'isthme, ni de coagulum ; la bougie pénètre facilement dans l'utérus jusqu'à 8 centimètres. Du sang noir s'écoule après cette exploration. On pense à ce moment à un peu d'hématométrie, c'est-à-dire à de la rétention dans le corps de l'utérus du sang menstruel, par une difficulté d'évacuation, quoique la perméabilité de la région isthmique vienne à l'encontre de ce diagnostic.

On conseille à la mère de laisser la jeune fille à l'hôpital, pour compléter cet examen insuffisamment précis. La malade entre à l'hôpital le 10 juin 1922.

Opération, le 12 juin 1922, sous-anesthésie générale au chlorure d'éthyle (appareil du Dr Douay). — Dilatation de l'hymen, Le toucher vaginal montre un gros utérus mou en rétroversion, qu'il est facile de réduire ; le col est volumineux ; au speculum, il est un peu rouge violacé ; l'orifice est ouvert ; le passage des bougies est relativement facile ; on a l'impression qu'il y a quelque chose dans l'utérus. Les signes observés rappellent un peu ceux d'un utérus encore mou de rétention placentaire. Après dilatation, la curette ramène des débris épais, fongueux, n'ayant aucun caractère placentaire ; il s'agit d'une muqueuse très épaissie, fongueuse et saignante. On pense déjà très nettement à de la tuberculose possible. On fait un attouchement de la cavité utérine à la glycérine créosotée.

Les suites opératoires sont satisfaisantes.

La malade quitte l'hôpital le 24 juin. Après sa sortie, la

réponse du laboratoire vient confirmer le diagnostic de métrite tuberculeuse : l'examen histologique fait par M. le professeur Champy révèle une tuberculose de la muqueuse avec végétation extraordinaire des glandes ; on note une infiltration de toute la muqueuse par de petites cellules, ainsi que quelques cellules géantes ; il y a un peu de caséification. Le muscle n'est pas atteint.

Que faut-il faire ? Nous écrivons à la mère qui, suivant nos conseils, a conduit sa fille à la campagne de revenir à Paris chaque mois pour surveiller la maladie de sa fille, et qu'il sera peut-être nécessaire en cas de récidive de pratiquer une hystérectomie.

Nous apprenons par la suite que la jeune fille a commencé à tousser à la fin du mois de juillet, elle perd l'appétit, maigrit : Elle revient à Paris en août et reste à Laënnec. On la soigne pour une tuberculose pulmonaire aiguë (type phtisie galopante). Elle meurt le 27 octobre 1922, moins de cinq mois après son curettage.

Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue. Nous voyons que, ainsi que nous l'avons dit précédemment, avant de faire un traitement radiothérapique pour métrite virginale hémorragique il est bon de faire un curettage afin de pratiquer l'examen histologique des débris enlevés. L'aspect macroscopique de ces débris peut être pris en considération. Ici on retira par la curette des débris mollasses d'aspect fongueux qui firent penser de suite à la tuberculose. Mais c'est uniquement l'examen histologique qui a permis d'affirmer la nature de l'affection.

En second lieu, cette observation montre qu'une tuberculose génitale grave peut évoluer sur un terrain absolument sain en apparence. Cette jeune fille était d'une santé florissante, bien développée, rouge de figure, sans aucune lésion pulmonaire et sans antécédents tuberculeux.

Enfin il y a lieu de penser que le curettage n'a pas été sans provoquer la dissémination de la tuberculose et que ce traumatisme utérin a répandu les germes tuberculeux, produisant un mois plus tard l'éclosion de la tuberculose pulmonaire aiguë.

Il est regrettable que l'hystérectomie n'ait pas été pratiquée de suite.

OBSERVATION III

(D^r Cesbron.)

*Métrorragies abondantes chez une jeune fille de 18 ans
Curettage. — Récidive. — Radiumthérapie. — Guérison*

Mlle J., 18 ans.

Réglée à 13 ans, normalement.

Premières pertes à 15 ans. La première année, pertes presque continues ; peu abondantes. Puis l'abondance s'est accrue. La malade est restée couchée six mois en 1919.

Curettage le 26 mai 1919.

Pendant un mois, arrêt ; puis les pertes reprennent.

Depuis, pertes constantes, vingt jours par mois, sans douleur généralement. Sang rouge, caillots.

A eu de fréquents épistaxis.

Première application de radium, juin 1921. — Après dilatation du canal utérin, sous-anesthésie au chlorure d'éthyle, par es bougies de Hégar, jusqu'au n° 19, mise en place d'une sonde intra-utérine, contenant l'appareil radifère suivant : trois tubes d'émanation. Filtration : Pl. : 1 millim. ; Al. : 0,04.

La sonde gommée a une longueur de 6 centimètres.

Cet appareil est maintenu douze heures. Dose donnée : 1,80 millicurie.

Au moment où on retire l'appareil, l'hémorragie reprend, cesse deux ou trois jours, puis reprend... Les pertes blanches se montrent toujours abondantes.

Un mois plus tard, l'hémorragie revient, moins abondante, mais persistante, et on décide de faire une seconde application de radium.

Deuxième application, juillet 1921. — L'appareil est en tous points semblable à celui employé au cours de la première application. Il est maintenu en place dix-huit heures.

La dose donnée est de : 2,50 millicuries.

On ne constate plus d'hémorragie cette fois. Seul un petit

suintement se montre pendant la semaine suivante. Puis arrêt de toute règle jusqu'au mois d'octobre.

Quelques pertes blanches au cours de cette période.

Depuis, règles régulières et normales comme abondance.

OBSERVATION IV

(D^r Cesbron.)

Métrorragie virginal chez une jeune fille de 16 ans

Radiumthérapie. — Guérison

Mlle V..., 16 ans.

Réglée à 12 ans.

Depuis le début de la menstruation, les périodes ont été de plus en plus longues... trois jours dans les premiers temps, puis quatre, puis huit, dix même... ces périodes sont maintenant précédées régulièrement de pertes blanches, et suivies de pertes rosées.

En janvier 1922, après l'arrêt des dernières règles, une application de radium a été tentée.

Dilatation aux bougies de Hégar, sous-anesthésie au chlorure d'éthyle; et mise en place d'un appareil intra-utérin, composé comme suit :

Sonde gommée contenant deux aiguilles mises bout à bout. Chaque aiguille (6,66 Ra. El.) donne une intensité de 25 microc. h.

Filtration : 1,5 millimètre. Pl. et 0,04 Al.

L'appareil maintenu en place *trente-six heures la dose donnée est de 1,8 millicurie.*

Les règles suivantes durent cinq jours et sont très abondantes.

Les secondes presque supprimées. Les troisièmes sont normales.

Quelques pertes blanches dans l'intervalle.

Depuis, les règles ont été un peu irrégulières, avançant ou retardant dans l'axe d'une semaine; mais règles de trois jours.

CONCLUSIONS

1° Les métrorragies chez les vierges doivent d'abord être traitées par la thérapeutique médicale symptomatique, à laquelle il faut associer l'opothérapie (particulièrement les extraits d'ovaire, thyroïde et hypophyse).

2° En cas d'insuccès de cette thérapeutique, les rayons X ou le radium offrent une arme très efficace.

3° Avant d'utiliser les irradiations, il est nécessaire de faire un curettage, après dilatation de l'hymen sous anesthésie. Cette opération permettra d'établir un examen précis des lésions utéro-anexielles et de pratiquer l'examen histologique de la muqueuse ; enfin il peut être curateur.

4° Si cette exploration reste négative et si les métrorragies réapparaissent après le curettage, on est alors autorisé à faire le traitement par les irradiations.

Vu : le Président de la thèse,

J.-L. FAURE

Vu : le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

P. APPEL

BIBLIOGRAPHIE

- Apert.* — Dysthyroïdie bénigne.
- Bachelier.* — Les Métrorragies virginales. Th. Paris, 1899.
- Béclère.* — Curiethérapie des métrites hémorragiques (Gyn. et Obst., t. IV, n° 5, 1921, p. 48).
- Blanc.* — Métrites virginales hémorragiques (Loire médicale, déc. 1896).
- Bouin.* — Sécrétion interne de l'ovaire (Revue médicale de l'Est, 1902).
- Bouton.* — De la métrite chez les vierges. Th. Paris, 1887.
- Castan.* — Métrorr. des jeunes filles. Th. Paris, 1898.
- Cesbron (M.-H.)* — La curiethérapie des métrites hémorragiques (Journal de Chirurgie, déc. 1922).
- Collard-Huard (Mme).* — De l'insuff. ovar. envisagée dans ses rapports avec l'insuff. thy. Th. Paris, 1911.
- Couinaud.* — Th. Paris, 1921.
- Courty.* — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1866.
- Dalché.* — Hyper et hypo-ovarie (Gaz. des Hôpitaux, 1907).
— Leçons cliniques et thérapeutiques sur les mal. des femmes, 1921.
— Métrorragies dans les maladies du cœur (Journal de Méd. et de Chirurg. gynéc., n° 2, 1904).
- Dalché et Robin.* — Traité médical des maladies des femmes.
- Degrais.* — Indications et technique de la radiumthérapie dans trait. des ménor. et métror. (Revue franç. Gyn. et Obst., t. XIV, déc. 1919, p. 434).
- Ernst-Thivolet (Mme).* — Les métror. de l'adolesc. de cause utérine. Th. Paris, 1923.
- Faure et Siredey.* — Traité de Chirurgie médico-chirurgicale. Ed. de 1914.
- Forgue et Massabuau.* — Traité de Gynécologie (Collection Le Dentu).
- Hallion.* — Influence produite par l'ovaire sur le corps thyroïde (Revue de la Société de Biologie, 1907).
- Jayle.* — Opothérapie ovarienne (Revue de Gyn. et Chir. abdom., 1903).
- Kœnig.* — Curiethérapie des métr. hémor. en dehors du cancer et du fibrome (Gyn. et Obst., oct. 1921, t. IV).
- Laborde (Mme).* — Radiumthérapie in Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix, t. XXXII, 1921.
- Le Monnier-Denis (Mme).* — Métrorragies des jeunes filles. Th. Paris, 1921.
- Lévi et Rotschild.* — Nouvelles études sur la physiopathie corps thy. et autres gl. endocrines, 1910.
- Siredey.* — Hygiène des mal. de la femme, 1906.
— Métrorr. des j. filles (Journal des Praticiens, 1899).
- Siredey et Lemaire.* — Métror. virginales. Etude histol. de la muq. dans une forme particul. de métror. observ. chez une j. fille (Congrès de Toulouse, 1910).
- Vignal.* — Des Métrorragies « dites essentielles » et de leur traitement. Th. Paris, 1922.

